

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1898

THÈSE

462
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 juillet 1898, à 1 heure,

PAR

Gaston LEFOURNIER

Né à Caen, le 2 Mars 1871.

DE LA

MORT SUBITE

DANS

LA PNEUMONIE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

Président : M. HUTINEL, professeur.

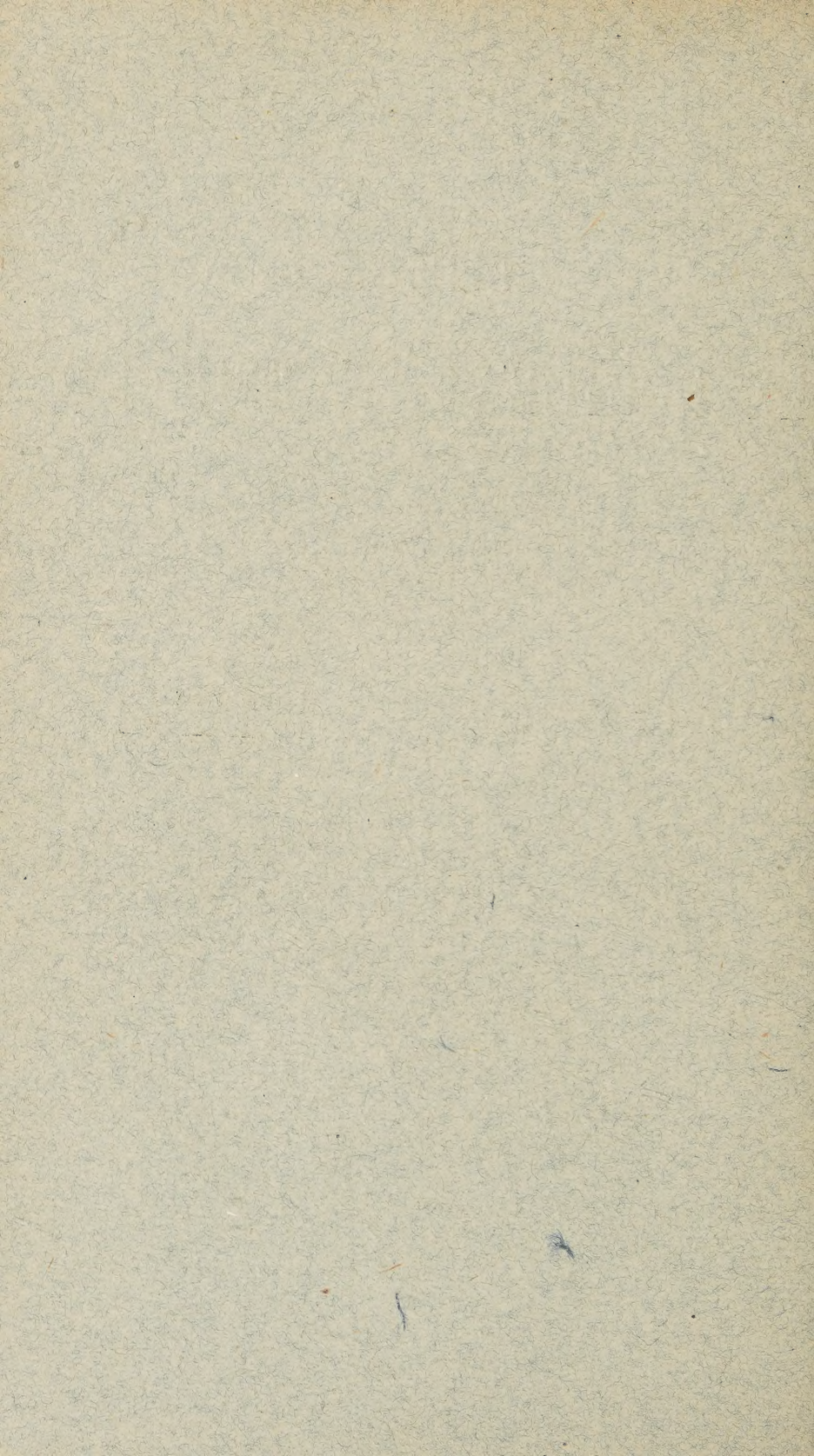
Juges { MM. BROUARDEL, professeur.
 { GILBERT, } agrégés.
 { POIRIER, }

PARIS

TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, RUE MADAME, 52

1898



UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1898

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 juillet 1898, à 1 heure,

PAR

Gaston LEFOURNIER

Né à Caen, le 2 Mars 1871.

DE LA

MORT SUBITE

DANS

LA PNEUMONIE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges

{ MM. BROUARDEL, professeur.
GILBERT, { agrégés.
POIRIER, }

PARIS

TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, RUE MADAME, 52

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale..	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Cliniques médicales.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
Maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	DUPLAY.
Cliniques chirurgicales.....	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARFAN	ROGER
ALBARRAN	GILBERT	MARIE	SEBILEAU
ANDRÉ	GILLES DE LA	MENETRIER	THIERY
BAR	TOURETTE	NELATON	THOINOT
BONNAIRE	GLEY	NETTER	TUFFIER
BROCA	HARTMANN	POIRIER, chef des	VARNIER
CHARRIN	HUMBERT	travaux anatomi-	WALTHER
CHASSEVANT	LEJARS	miques.	WEISS
DELBET	LETULLE	RETTNER	WIDAL
		RICARD	WURTZ

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PREMIERS MAÎTRES

MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Caen

A TOUS MES MAÎTRES

De la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A M. P. RECLUS

Dont nous avons été longtemps l'élève

A LA MEMOIRE DE M. LE PROFESSEUR STRAUS

Que M. le docteur CAUSSADE, Médecin de l'hôpital St-Antoine qui nous a inspiré le sujet de cette thèse reçoive nos sincères remerciements ainsi que son interne M. LAUBRY, qui nous a aidé de ses conseils bienveillants.

Que M. le professeur HUTINEL, qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse, nous permette de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance.

DE LA
MORT SUBITE
DANS
LA PNEUMONIE

HISTORIQUE

En 1844, Moutard Martin, alors interne de Prus, dans un article sur la pneumonie des vieillards, paru dans *la Revue médicale*, écrivait ce qui suit : « Un fait qui mérite quelque attention et qui, je crois, n'a jamais été signalé dans la pneumonie des adultes, c'est la mort subite des malades qui tombent comme frappés d'apoplexie. Ce sont des cas où la pneumonie a marché d'une façon tout à fait latente, elle a parcouru ses différentes périodes sans empêcher les malades de vaquer à leurs affaires, sans les empêcher de se nourrir, puis, tout d'un coup, la mort est survenue ; à l'autopsie, on trouve une hépatisation grise plus ou moins étendue des poumons. Je n'ai pas observé de cas semblables, mais M. Prus m'a dit en avoir vu plusieurs cas à Bicêtre, en autres, un vieillard que l'on ne croyait pas malade et qui tomba mort dans la cour. A l'autopsie, on trouva une hépatisation grise des deux poumons, il restait à peine le quart d'un poumon qui put respirer ».

En 1844, la mort subite par pneumonie était peu connue, mais, contrairement à ce qu'écrivait Moutard Martin, quelques observations étaient déjà parues sur ce sujet. Ces observations concernaient presque toujours des vieillards ou des aliénés, mais certaines cependant concernaient des adultes.

Les premières observations de mort subite dans la pneumonie ont été rapportées dans un travail important de Hourmann et Dechambre, alors internes à la Salpêtrière : *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards* (1835). Toujours, il s'agit de personnes âgées ou bien d'aliénés. La malade de l'observation de Hourmann et Dechambre était âgée de 85 ans. Une autre malade citée dans une observation de Fabret rapportée par les mêmes auteurs était une aliénée.

En 1838, Ollivier d'Angers reprenait le même sujet dans des *Considérations médico-légales sur la mort subite*. Comme celles d'Hourmann et Dechambre, presque toutes ses observations de mort subite dans la pneumonie, concernaient des vieillards. Cependant, il cite une observation personnelle, remarquable en ce qu'elle relate la mort subite d'une jeune fille âgée de 22 ans, succombant à une pleuro-pneumonie double et récente.

En 1845, la thèse de Crétin : *Des maladies qui peuvent occasionner la mort subite*, ne faisait que rappeler les observations de Hourmann et Dechambre, de Falret, d'Ollivier d'Angers.

En 1853, Aran dans sa thèse d'agrégation : *Des morts subites*, apportait de nouvelles données sur la question qui nous intéresse. Après avoir signalé les observations de Hourmann et Dechambre, celles d'Ollivier d'Angers, il citait deux observations originales, l'une relative à un enfant de 4 ans, l'autre à un adulte de 40 ans.

Depuis 1853, Charcot nous a fait mieux connaître ces morts subites dans la pneumonie. Dans ses leçons sur les maladies des vieillards et *les maladies chroniques*, il nous a montré comment, par suite d'une sorte d'indépendance de chaque organe, par suite du peu de retentissement d'une affection localisée sur l'ensemble de l'économie, une affection très grave, peut, chez le vieillard, se manifester par des symptômes pour ainsi dire insignifiants et être cause de mort subite.

Vernet écrit une thèse sur *Les morts subites*, en 1873 ; il relève les observations de Hourmann et Dechambre ainsi que celles d'Aran.

Enfin, à notre époque, M. le professeur Brouardel dans son ouvrage si remarquable *La mort et la mort subite*, (Paris, 1895), remet en lumière, par des observations personnelles de morts subites suivies d'autopsies médico-légales, la question de la mort subite dans la pneumonie.

Le travail que nous entreprenons sera un résumé de ce qui a été écrit sur ce sujet jusqu'à ce jour dans notre pays. Les hasards de la clinique nous ont permis d'y ajouter une observation personnelle. Voici le plan que nous nous proposons de suivre : Dans un premier chapitre, nous montrerons comment on meurt habituellement dans la pneumonie. Puis, après une étude très rapide de la mort subite en général, nous décrirons les marches différentes que suit la pneumonie pour aboutir à cette terminaison, finissant par l'étiologie et l'étude des lésions anatomiques. Partant de ces prémices, nous essaierons de donner une explication physiologique de la mort dans cette circonstance. Enfin, analysant les symptômes qui peuvent faire craindre une terminaison brusquement fatale dans la pneumonie, nous essaierons

de décrire le traitement prophylactique qu'il convient de diriger contre cette redoutable éventualité.

De la mort dans la pneumonie.

La mort absolument subite d'un malade atteint de pneumonie dont nous avons pu suivre l'évolution, nous surprit par sa brusquerie, par son inattendu. C'était la première fois qu'il nous était donné d'assister à semblable terminaison de l'affection pulmonaire, aussi, avons-nous recherché si cette mort dans la pneumonie était fréquente, si elle était signalée par les auteurs. De nos recherches, nous avons conclu que la mort subite dans la pneumonie est peu fréquente. Presque toujours, la mort peut être prévue par le médecin, par l'entourage.

Voyons dans ce chapitre quelles sont les modalités habituelles de la mort dans la pneumonie. La mort peut subvenir : 1° à la période initiale de la maladie ; 2° à la période d'hépatisation. Quelquefois encore, elle survient dans d'autres circonstances. Ce n'est point parce que l'hématose se fait mal, comme dans le cas de congestion accompagnant l'engouement de la première période, ce n'est pas non plus parce que le cœur est trop faible ou l'obstacle trop grand, comme dans l'hépatisation rouge, que la mort survient ; cette dernière est due plutôt à une véritable infection généralisée de l'organisme, à une sorte de pneumococcie totale. La mort peut être due également à une complication, c'est d'ailleurs encore une manifestation de l'infection, mais au lieu que cette infection se généralise, qu'elle donne naissance à ce que nous avons appelé plus haut la pneumococcie généralisée, elle se colonise sur un autre

organe développant une autre maladie. Dans ce cas, la pneumonie n'est qu'une cause indirecte de mort.

Reprenons en détail chacune de ces modalités de mort dans la pneumonie. Etudions d'abord la mort survenant à la période initiale de la maladie, lorsqu'une congestion pulmonaire généralisée accompagne l'engouement pneumonique. C'est alors, et alors seulement, que le malade meurt par le poumon, car il n'est point besoin de faire intervenir à cette période, l'asthénie cardiaque, la myocardite, l'infection généralisée, les complications locales et extra-pulmonaire. Le malade meurt parce que le phénomène de l'hématose ne se produit pas, il a beau respirer largement, faire des inspirations profondes, introduire de l'air dans sa poitrine, il ne peut lutter contre l'asphyxie qui l'envahit, il ne peut réussir à oxyder le sang stagnant dans les capillaires du poumon. Bientôt, il présente les symptômes de l'asphyxie et le faciès caractéristique, et, si un traitement approprié (saignée, ventouses, révulsion énergique), ne vient à son secours, le malade succombe très rapidement par asphyxie aiguë.

La mort peut survenir à la seconde période de l'affection pulmonaire, à la période d'hépatisation rouge. Dans ce cas, comme le dit Jurgensen, (Jurgensen de Vienne, cité par Barth. (*Dictionnaire de Dechambre*), c'est le cœur qui porte le poids de toute la maladie, c'est lui qui est exposé à succomber si ses forces ne sont pas proportionnées à sa tâche. A cette seconde période, la mort peut être causée par l'obstacle que le cœur doit surmonter, obstacle trop grand, comme dans le cas de pneumonie très étendue ou massive, ou bien peut être due à l'insuffisance d'un cœur pathologique, atteint d'athérome de myocardite, de déchéance quel-

conque. Qu'un malade ait été atteint d'une affection cardiaque, qu'il ait des habitudes anciennes d'alcoolisme, et le voilà menacé de mort par insuffisance cardiaque. Dans tous les cas, quelle que soit l'explication que l'on puisse donner sur l'origine de l'insuffisance cardiaque, les effets sont toujours les mêmes. Le cours du sang mal lancé par un cœur droit affaibli se ralentit dans le poulmon déjà engorgé. Le cœur gauche reçoit une quantité de sang moindre qu'à l'état normal, ce sang est de plus altéré par suite du défaut ou de l'insuffisance de l'hématose. Le fonctionnement des centres nerveux cérébraux et bulbaires se trouve donc compromis. A la stase sanguine pulmonaire, répond une dilatation, une stase dans le ventricule droit. Les veines caves ne peuvent se vider de leur contenu, d'où réplétion des veines périphériques et des capillaires des organes. C'est dans le 1^{er} septénaire, vers le 4^e ou 5^e jour, que se montrent les redoutables symptômes de l'affaiblissement cardiaque. Le pouls devient mou, dépressible, inégal et il n'est pas rare de le voir atteindre 140 et même 160 pulsations par minute. En même temps, la cyanose apparaît, le malade devient livide, les extrémités se refroidissent. Petit à petit, il tombe dans la somnolence, la respiration devient irrégulière et s'accompagne d'un râle trachéal, puis il s'éteint lentement. Il succombe à une asphyxie lente, différant de l'asphyxie aiguë de la mort à la première période, c'est-à-dire à la période d'engouement.

Nous avons vu la mort survenir par le poulmon, par le cœur. Dans le premier cas, l'hématose ne peut se produire; dans le second, le cœur faiblissant devant sa tâche ne peut surmonter l'obstacle qu'il a devant lui. Il est une autre façon de mourir dans la pneumonie qui n'est pas due précisément à l'obstacle pulmonaire en

lui-même, ni à l'asthénie cardiaque ; la mort survient par suite de l'affaiblissement, de l'abattement de l'économie tout entière, par le fait d'une adynamie généralisée du système nerveux comme dans les maladies infectieuses. Il y a une pneumonie adynamique comme il y a une fièvre typhoïde adynamique. Dans tous les cas, c'est l'infection ou une toxi infection qu'il faut incriminer, infection qui a transformé une maladie locale peut-être bénigne en une maladie générale presque toujours maligne. On est en présence de la pneumococcie, de la fièvre pneumonique des anciens auteurs, le pneumocoque agissant par lui-même ou ses toxines, comme le staphylocoque dans certaines suppurations. Cette façon adynamique de mourir, se rencontre surtout chez les vieillards, les alcooliques, les surmenés, chez les gens atteints antérieurement à la pneumonie d'une grave affection chronique.

Enfin, on peut voir des malades qui ont échappé à l'asphyxie d'abord, à l'asthénie cardiaque, à l'adynamie qui semblent en voie de convalescence, dont la défervescence s'est effectuée et qui succombent par suite d'une complication. Après une apyrexie de plusieurs jours, la fièvre reparaît tout à coup, des phénomènes cérébraux graves : céphalée, raideur de la nuque, convulsions, se manifestent tout à coup et la mort arrive en quelques jours par suite d'une méningite. Cette modalité de mort se rencontre quelquefois chez les sujets prédisposés par les antécédents personnels et héréditaires. Dans tous les cas, là, encore comme dans la terminaison précédente, c'est bien l'infection qui est en cause, mais au lieu de produire une adynamie généralisée, elle se localise sur un organe, la lésion de

cet organe étant cause de la mort, la pneumonie n'en étant que la cause indirecte.

De la mort subite dans la pneumonie.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu comment on meurt habituellement dans la pneumonie. Tantôt la mort est due à un défaut d'hématose, tantôt à l'asthénie cardiaque, à une adynamie générale du système nerveux, à une complication locale. Dans quelques-uns de ces cas, la mort peut être assez rapide, due par exemple à une asphyxie aiguë, mais, quelque prompt qu'elle soit, toujours elle se distingue nettement de la mort subite.

Avant d'aborder la mort subite dans la pneumonie, voyons ce qu'est la mort subite et en quoi elle se différencie de la mort habituelle.

Comme le dit M. le professeur Brouardel, on meurt toujours subitement en ce sens que la cessation de la vie est instantanée, si on juge, comme le font les parents ou les amis, que le moment de la mort est fixé par le dernier soupir ou le dernier battement de cœur. Mais au point de vue médical, la mort subite est tout autre. La mort subite est une mort qui n'est pas précédée ou qui n'est précédée que pendant un laps de temps excessivement courts de phénomènes morbides inquiétants. Il nous semble que la division de la mort subite et la mort habituelle, doit être basée sur ce fait que l'agonie manque de façon presque absolue dans la première, tandis qu'elle marque, qu'elle signale habituellement dans la seconde, les derniers moments de l'existence. M. le professeur Brouardel, se plaçant au

point de vue médico-légal propose d'ajouter au mot subit celui d'imprévu, car, dit-il, c'est cette dernière condition qui, dans le monde, et, par suite, devant la justice domine toutes les autres considérations. La définition qu'il donne de la mort subite est la suivante : *La mort subite* est la terminaison rapide et imprévue d'une maladie aiguë ou chronique qui le plus souvent a évolué d'une façon latente. Morgagni, au contraire, envisageant le seul côté clinique donnait la définition suivante (Lettre 26^e) : *Sous le nom de mort subite, j'entends celles prévues ou non qui emportent le sujet contre son attente ou celle des autres personnes en ce moment-là.* Après avoir dit ce qu'était la mort subite, étudions dans quelles circonstances la pneumonie présente cette terminaison.

D'après les observations que nous citerons dans ce travail, la mort subite dans la pneumonie peut survenir de deux façons.

Dans un premier cas, la mort survient dans des pneumonies latentes.

Dans un second, la pneumonie évolue nettement, mais, les symptômes ne font prévoir en rien la soudaineté de la mort.

Dans les pneumonies latentes, l'affection est si peu accusée que la pneumonie ne peut être diagnostiquée. Ces formes se sont rencontrées surtout chez les vieilles femmes (la Salpêtrière) et chez les aliénés. Hourmann et Dechambre parlant des premières disent : « Dans quelques cas, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie, personne dans leur dortoir, ni surveillants, ni filles de service, ni voisines n'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent,

font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis, elles se sentent un peu fatiguées se penchent sur leur lit et expirent. C'est là une des morts dites subites, de vieillesse à la Salpêtrière. Ou ouvre les cadavres et l'on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. » Comme exemple Hourmann et Dechambre parlent de faits remarquables qui se sont passés sous leurs yeux sur des femmes reçues primitivement pour des maladies tout à fait étrangères au poudon et dont elles étaient guéries.

Ils citent l'observation d'une vieille femme qui était entrée à l'hôpital pour une simple indigestion. Au moment de la visite, cette vieille femme parlait gaieinent, et, pourprouver son bon appétit, triturait à grand effort de mâchoires un biscuit de Reims. La visite n'était pas terminée qu'on annonçait que cette femme mourait. A l'autopsie, le poudon droit fut trouvé en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur.

Falret cité par Hourmann et Dechambre relate l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (Aliénés), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine. La vieille femme dont il s'agit, reine de tous lieux, était remarquable par sa loquacité habituelle, la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide au point qu'elle se promenait et pérerait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber et bientôt mourir. Un poudon tout entier était converti en hépatisation grise.

Ce n'est pas seulement chez les vieillards que se développent ces inflammations sourdes du tissu pulmo-

naire, ces pneumonies latentes à symptômes nuls ou très peu accusés qui font périr tout d'un coup ; elles peuvent également atteindre des individus jeunes et qui jouissent en apparence d'une santé parfaite, témoin, l'observation suivante d'Ollivier d'Angers. Une jeune fille de 22 ans, enceinte, de cinq mois, éprouvait depuis plusieurs jours un malaise qu'elle ne pouvait définir. Un jour elle se plaint de souffrir davantage et s'habille pour se rendre chez sa sœur. Il était alors 8 heures du matin. A 9 heures, on entre dans sa chambre, et on la trouve morte étendue sur le carreau près de la porte. Avait-elle succombé au moment où elle allait sortir pour demander du secours. L'autopsie fit reconnaître que la mort avait été causée par une pleuro-pneumonie double et récente.

Etudions maintenant la seconde manière dont peut encore évoluer la pneumonie pour aboutir à la mort subite.

Dans certaines circonstances, la pneumonie n'est plus une pneumonie latente c'est une affection pulmonaire aux allures franches. L'auscultation, la courbe thermique ainsi que tous les autres signes sont normaux ; la maladie suit son cours sans faire prévoir la terminaison brusque imprévue. Au contraire, c'est au moment où la température commence à baisser, où le malade se sent mieux et réclame à manger, alors que la convalescence s'annonce que, tout d'un coup, il meurt, après quelques mouvements convulsifs, la scène entière ayant duré moins de temps qu'il n'en faut pour la raconter. C'est ainsi qu'évolua la pneumonie du malade dont nous avons suivi la maladie et dont nous citons l'observation dans cette thèse.

Le malade entre à Saint-Antoine, Salle Marjolin (ser-

vice de M. le Dr Caussade) le 8 avril. Il est examiné le 9. Il présente tous les symptômes d'une pneumonie localisée à la partie moyenne et inférieure du poumon droit. — L'affection évolue normalement jusqu'au 14 avril, date à laquelle la température descend à 37°. Le 15 avril, la température tombe au-dessous de 37°. Cette chute de température est accompagnée de sueurs profuses et d'une crise urinaire de 2 litres 1/2. Le malade se sent mieux, il demande à manger, puis le 15, 16, 17, il semble entrer en convalescence, mange un degré, puis deux avec appétit, ne sent plus d'oppression, dort parfaitement. Le 18, ascension légère de la température matutinale qui atteint 38°. Elle s'élève le soir à 38°². Mais, à part ce mouvement fébrile, la convalescence semble devoir suivre son cours. Le malade n'a pas d'oppression et demande à se lever. Cependant l'auscultation présente les caractères suivants : les râles de retour sont très nets dans la partie moyenne et inférieure du poumon droit ; mais on perçoit dans la fosse sus-épineuse du même côté, un léger souffle et des râles crépitants, avec pectoriloquie aphone et bronchophonie. On fait alors le diagnostic de pneumonie du sommet succédant à une pneumonie en voie de guérison des deux lobes inférieurs. Le 20 avril, le malade malgré la persistance de ses signes physiques ne se plaint d'aucune souffrance, se trouve bien et demande même à se lever et à manger. Le cœur est normal, les urines abondantes et sans albumine, le pouls est à 90. La température à 37°. On met le malade au deuxième degré. Du 20 au 23, pas de symptômes graves, température revenue à la normale, sans ascension notable. Le soir du 23, la température atteint 38,6. Rien au cœur, pouls peu fréquent et plein. Poumon

droit soufflant au sommet, mais, ni dyspnée, ni toux. Quelques heures après la contre-visite, le malade se lève pour aller au cabinet, et, en revenant, meurt subitement.

L'autopsie, fait découvrir une très légère congestion de la base du poumon gauche, une pneumonie en voie de résolution du lobe moyen et du lobe inférieur du poumon droit, une pneumonie du lobe supérieur du même poumon en voie d'hépatisation grise.

Tous les autres organes sont sains, sauf le foie qui est gros, et pèse 2 kg. 150. C'est un foie gras.

Nous ferons remarquer que le cœur est un cœur sain, non atteint de myocardite ni de coronarite.

Les observations que nous citons dans ce travail ne nous permettent pas de décrire d'autre évolution aux pneumonies se terminant par mort subite. Nous ne pouvons dire quelle fut la marche des pneumonies qui donnèrent lieu à l'observation personnelle d'Aran ou à celle de Louis citée par le même auteur. Aran signale simplement la mort subite, sans parler de l'évolution de la maladie. Dans les observations personnelles de M. le professeur Brouardel, il s'agit d'autopsie médico-légales, d'inconnus sur les antécédents pathologiques desquels les détails font complètement défaut ; seule, l'autopsie permit de diagnostiquer la cause de la mort.

Etiologie. Fréquence de la mort subite dans la pneumonie.

Après avoir étudié la mort dans la pneumonie et la mort subite dans cette affection, nous allons voir quelles peuvent être les causes de cette redoutable terminaison.

Les statistiques manquant sur ce sujet nous serons obligés pour cela de conclure d'après les quelques observations de ce travail.

Voyons d'abord l'influence de l'âge. Si nous en jugeons d'après les 9 observations qu'il nous a été permis de recueillir, la mort subite dans la pneumonie se rencontrerait surtout chez l'adulte et chez le vieillard. Une observation, celle de Louis, citée par Aran, concerne cependant un jeune enfant de 4 ans. Une autre, celle d'Ollivier d'Angers a trait à une jeune fille de 22 ans. M, le Dr Renault, chef de Clinique de M. le professeur Grancher, consulté sur ce sujet, a dit n'avoir jamais observé de mort subite dans la pneumonie infantile. M. le Dr Caussade a émis une semblable opinion. Il nous a dit que, pendant qu'il était interne de M. Cadet de Gassicourt, il avait eu occasion de constater de nombreuses pneumonies infantiles, que ces pneumonies avaient pour caractère d'être essentiellement bénignes, que non seulement, il n'avait jamais constaté de mort subite au cours de cette affection, mais encore que la terminaison fatale était rare. Il nous a fait remarquer en même temps que les pneumonies de l'enfant étaient plus fréquentes qu'on ne le croyait, et il attribue à son maître, le grand observateur qu'est M. Cadet de Gassicourt, d'avoir bien fait connaître ces pneumonies infantiles. D'après les affirmations de MM. les docteurs Renault et Caussade, d'après nos observations, nous pouvons dire que la mort subite dans la pneumonie est très rare chez l'enfant.

Sauf l'observation de Louis, relative à un enfant de 4 ans, une seule observation, celle d'Ollivier d'Angers, concerne une personne âgée de moins de 40 ans. S'il nous était permis de conclure du petit nombre de faits

que nous avons en notre possession, nous dirions que la mort subite se rencontre surtout chez des personnes âgées de plus de 40 ans. Cette conclusion serait d'accord avec la statistique de Devergie. Ce dernier, étudiant les morts subites sous le rapport de l'âge, conclut d'une statistique portant sur 35 individus, que la mort subite est très rare jusqu'à 30 ans, puisque, jusqu'à cet âge, il ne l'a rencontrée que deux fois. Aucun cas n'est signalé avant 20 ans.

Voyons maintenant l'influence du sexe sur la mort subite dans la pneumonie. Dans son travail sur la mort subite (*Annales d'Hygiène*, 1838), Devergie écrit ce qui suit : « Il existe une différence énorme dans la fréquence des morts subites envisagées sous le rapport du sexe. Sur 44 cas soumis à notre observation, 5 seulement ont été observés chez des femmes. Cette différence ne saurait être expliquée par l'intempérance seule, beaucoup plus commune chez l'homme, que chez la femme ; certes elle doit y concourir, mais il y a tout lieu de croire que l'organisation de l'homme et notamment l'ampliation de la poitrine, ses habitudes, sa contention habituelle de l'esprit, les exercices violents auxquels il se livre, les variations de température qu'il supporte en passant brusquement du chaud au froid et *vice versa*, son exposition aux intempéries des saisons, jouent un rôle puissant dans la fréquence des morts subites qui l'affectent de préférence ».

Si nous nous en rapportons aux quelques observations consignées dans ce travail, la pneumonie ferait exception aux autres affections, causes de mort subite : nos observations signalent en effet un nombre égal d'hommes et de femmes.

Nous ne pouvons rien dire de l'influence des profes-

sions, des races, des climats. Dans les observations que nous avons, les antécédents héréditaires sont ou normaux ou inconnus. Les antécédents personnels n'ont été relevés que dans un cas, dans l'observation qui nous est propre. Le malade était un alcoolique avéré.

Ce qui semble jouer un rôle important dans la mort subite par pneumonie, c'est l'état anatomo-pathologique de la pneumonie. Cinq de nos observations constatent que, lors de la mort, le poumon avait atteint la période d'hépathisation grise. Les quatre autres observations signalent l'hépathisation pulmonaire mais ne disent point la nature de l'hépathisation.

Presque toujours, la mort subite est survenue à la suite d'une pneumonie unilatérale. Une seule fois, la pneumonie double est signalée (Observation d'Ollivier d'Angers). Ce fait ne doit pas nous étonner : on sait en effet, que, d'après les statistiques de Jurgensen on observe 10 0/0 de pneumonie double sur 90 0/0 de pneumonie unilatérale. Presque toujours également, on peut remarquer que la lésion pulmonaire unilatérale existe seule ; quelquefois de petites adhérences pleurales, une très légère congestion de l'autre poumon accompagne la lésion. De ce qui précède, on peut conclure que la bilatéralité de la lésion ne joue aucun rôle dans la mort subite par pneumonie.

La pneumonie se terminant par la mort subite semble frapper également le poumon gauche et le poumon droit. La pneumonie du sommet, de renommée si fâcheuse, ne semble pas appelée à jouer un rôle prédominant dans l'histoire des pneumonies à terminaison imprévue. Ce sont l'hépathisation des bases ou l'hépathisation totale qui sont notées le plus souvent dans nos observations, la pneumonie du sommet, indépendante

de toute autre lésion, n'y est signalée qu'une seule fois (Observation de Brouardel). Dans notre observation personnelle, il y a également une lésion du sommet, mais cette lésion du sommet est accompagnée de lésions du lobe moyen et inférieur du même poumon.

Nous allons voir maintenant que des causes d'ordre absolument différent de celles que nous avons examinées jusqu'ici peuvent entrer dans l'étiologie de la mort subite par pneumonie.

Dans la statistique de Devergie, les efforts, de quelque ordre qu'ils soient sont considérés comme cause importante de mort subite. Nous pensons qu'également l'effort a joué un rôle prépondérant dans la production des morts subites signalées dans nos observations. Tantôt la malade marche, parle avec volubilité et énergie, comme dans l'observation de Falret rapporte par Hourmann et Dechambre; tantôt la mort survient après que le malade s'est levé et est demeuré debout pendant une heure afin de pouvoir écrire une lettre. Enfin, dans notre observation personnelle, il semble bien que l'effort que le malade a fait pour aller à la selle soit au moins un léger appoint dans la cause de la mort subite.

Quel est le rôle de l'état mental dans les morts subites par la pneumonie? Certes, cette terminaison s'est rencontrée le plus souvent chez les aliénés; mais il y a autre chose que la physiologie à faire intervenir dans la brusquerie du dénouement. Chez l'aliéné, en effet, les désordres les plus graves se traduisent par des symptômes peu accentués; ils passent même souvent inaperçus, à ce point que, souvent, des aliénés se sont fracturé un membre sans s'en apercevoir. Nous pensons, par analogie, que la phlegmasie pulmonaire ne s'est termi-

née par la mort subite que grâce à cet état latent de l'affection pulmonaire dû à l'état mental du sujet.

Il nous reste à examiner quelle peut être l'influence de la grossesse sur la mort subite dans la pneumonie.

Grisolles avait dit que la pneumonie lobaire est redoutable pour les femmes grosses, actuellement on est d'un avis contraire, bon nombre d'observations ont été publiées de femmes atteintes de pneumonie à diverses époques de leur grossesse avec bénignité relative pour la mère et pour l'enfant. Si le pronostic ordinaire de la pneumonie n'est pas aggravé, ou du moins, si cette aggravation est douteuse, à plus forte raison devra-t-on suspecter l'hypothèse de la grossesse comme cause de mort subite dans la pneumonie. Aussi, signalons-nous la grossesse dans l'observation d'Ollivier d'Angers, sans en tirer de conclusion.

Il nous a été impossible de trouver ou d'établir de statistique concernant la mort subite par pneumonie. Devergie, consulté par nous à ce sujet donne une statistique portant sur 40 cas de morts subites. Les morts subites par les poumons ont été les plus fréquentes, mais la pneumonie n'entre pas dans la statistique de Devergie, comme cause de mort subite par maladie de l'appareil respiratoire.

Essai de Pathogénie

Voyons, si les pneumonies à terminaison soudaine n'ont pas quelques particularités au point de vue des lésions, si elles n'offrent point quelque aspect clinique spécial. S'il en était ainsi, peut-être pourrait-on lutter contre la redoutable éventualité par quelques précau-

tions prophylactiques, car nous n'osons, dans la circonstance, parler de traitement.

Malheureusement, rien dans les lésions, rien dans la marche clinique de la maladie ne peut faire prévoir la terminaison brusque de l'affection. Un seul fait semble toujours pouvoir être relevé dans les morts subites par pneumonie, c'est l'existence, quelques instants avant la terminaison fatale, d'un effort bref ou d'assez longue durée accompli par le malade. Par conséquent, lorsqu'on se trouve en présence d'un convalescent de pneumonie, il faut le surveiller de très près, faire garder le lit longtemps, régler en quelque sorte tous ses efforts.

Plusieurs théories ont voulu expliquer le mécanisme de la mort subite. Gallien dans sa théorie du « *cor ultimum moriens* », théorie reprise par quelques auteurs modernes, entre autres par un médecin légiste allemand de grande valeur, Lesser, considérait la mort subite sous un aspect trop étroit; pour lui c'était au cœur qu'il attribuait toujours cette terminaison redoutable. Dans son ouvrage de la mort subite, M. le professeur Brouardel fait le procès de cette théorie. Il critique les statistiques de Lesser et met sur le compte des lésions rénales, ce que l'auteur allemand attribuait au cœur. Pour M. Brouardel la mort subite arrive surtout par le rein. Nous ferons remarquer, en passant, que, dans notre observation personnelle, nous n'avons rien trouvé au cœur, mais que les reins étaient également sains.

A côté des théories précédentes, nous pouvons citer la théorie du trépied vital de Bichat. Pour ce grand observateur, étant donné la solidarité qui existe entre les trois grandes fonctions de l'économie, la circula-

tion, la respiration et l'innervation, il expliquait la mort subite par l'arrêt de l'organisme général succédant à une lésion d'une quelconque de ces fonctions.

A notre époque, la théorie de l'inhibition, telle qu'elle a été édifiée récemment par les physiologistes et surtout par Brown-Séquard, a confirmé et précisé une notion que possédaient déjà les cliniciens et les médecins légistes, à savoir, que le système nerveux, alors même qu'il n'a subi aucune altération anatomique ou nutritive, peut, par le fait seul qu'il reçoit une certaine impression (à sa périphérie ou dans l'un de ses centres) cesser brusquement de remplir ses fonctions, même celles qui sont le plus immédiatement nécessaires à la vie de l'organisme.

Nous ne nous permettrons pas de discuter la valeur des théories que nous venons d'émettre, nous pensons cependant qu'il est probable qu'un grand nombre de morts rapides et imprévues et la plupart des morts absolument subites se produisent par le mécanisme de l'inhibition. Ce qui est certain et ce sera notre dernier mot : le mécanisme des morts subites est souvent un mystère et les explications qui en ont été données ne sont souvent que des hypothèses plus ou moins rationnelles.

OBSERVATION I

Prise dans le travail de Hourmann et Dechambre : « *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards* Paris, 1835).

Mort subite dans la Pneumonie latente.

Une vieille femme de 85 ans, entrée, il y a quelques jours à l'hôpital pour une simple indigestion, nous parlait gaïement et, pour nous prouver son bon appétit, triturait à grand effort

de mâchoires un biscuit de Reims ; la visite de la salle n'était pas achevée qu'on est venu nous annoncer que cette femme mourait. Arrivé en toute hâte, nous avons recueilli son dernier soupir ; ses lèvres retenaient encore les restes de son biscuit.

Autopsie. — Nous avons trouvé le poumon droit en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur.

OBSERVATION II

Observation de Falret. Citée par Hourmann et Dechambre. Paris 1835).

Mort subite dans la pneumonie latente.

M. le Dr Falret nous a communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (Aliénées), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine.

La vieille femme dont il s'agit, « reine de tous lieux », était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix.

Un matin, [sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber et bientôt mourir.

Autopsie. — Un poumon tout entier était converti en hépatisation grise.

OBSERVATION III

Prise dans Ollivier d'Angers. Considérations médico-légales sur la mort subite. (Paris 1848).

Mort subite par pneumonie latente chez une jeune fille enceinte de cinq mois.

Une jeune fille de 22 ans, enceinte de 5 mois éprouvait depuis 3 jours, un malaise qu'elle ne pouvait définir.

Le matin à 8 heures elle se plaint de souffrir davantage et

s'habille pour se rendre chez sa sœur. Il était alors 8 heures du matin. — A 9 heures on entre dans sa chambre et on la trouve morte, étendue sur le carreau près de la porte. Avait-elle succombé au moment où elle allait sortir pour demander du secours ?

Autopsie — L'autopsie fit reconnaître que la mort avait été causée par une pleuro-pneumonie double et récente.

OBSERVATION IV

Observation de Louis citée par Aran dans sa thèse d'agrégation. — Des morts subites Paris 1853).

Enfant de 1 ans mort subitement à la suite d'une pneumonie. L'autopsie fit découvrir une hépatisation des $\frac{3}{4}$ inférieurs du poumon gauche.

OBSERVATION V

Prise dans Aran. Thèse d'agrégation. — Des morts subites, Paris 1853).

Mort subite par pneumonie.

Un homme âgé de plus de 40 ans, entre dans le service de M. Cruveilhier étant atteint depuis plusieurs jours d'une pneumonie. Il voulut se lever pour écrire une lettre, resta au moins une heure debout et mourut subitement au moment où il se recouchait.

Autopsie — On trouva chez lui une pneumonie arrivée à suppuration.

OBSERVATION VI.

Prise dans Brouardel. — La mort et la mort subite (Paris, 1895).

Mort subite sur la voie publique. Pneumonie suppurée.

Homme relevé sur la place publique pour être transporté à

l'hôpital ; il est mort pendant le trajet, le 2 février 1878. Les détails font complètement défaut sur les antécédents.

L'autopsie est faite à la Morgue, le 11 février 1878. L'habitus extérieur du corps présente peu de particularités à noter, sauf l'état d'émaciation très prononcé et une rétraction considérable de l'abdomen qui pourraient faire penser immédiatement à l' inanition, comme cause de la mort subite ; l'âge doit être de 40 à 45 ans.

Du côté des téguments de la tête, nous ne trouvons qu'une large cicatrice qui occupe la moitié gauche du front, descend sur la joue en avant de l'oreille et atteint presque la mâchoire inférieure. Cette cicatrice est froncée, rétractée, marquée par des lignes blanches qui tranchent nettement sur la coloration de la peau à côté ; elle n'offre pas d'adhérences profondes ; cette cicatrice n'est probablement pas de nature très ancienne, car on trouve en haut un point non encore cicatrisé, à moins que ce ne soit une ulcération récente greffée sur l'ancienne cicatrice.

Les cornées sont complètement dépolies, les iris rétractés, cachés. Les membres présentent une flaccidité complète.

L'ouverture de la cavité crânienne n'offre aucune particularité : les os du crâne sont épais, les corpuscules de Pacchioni nombreux ; les méninges n'offrent ni fausses membranes, ni injection ; la décortication est facile ; les coupes en divers sens dans la substance cérébrale, le bulbe et le cervelet, ne décèlent aucune lésion.

La bouche, le pharynx et la langue ne présentent rien d'anormal.

Les plèvres offrent des adhérences formées par des fausses membranes anciennes sans épanchement ; ces fausses membranes se montrent à droite en avant, sur le côté et en arrière, à gauche, en arrière seulement.

Le poumon gauche composé anormalement de 3 lobes, présente une hépatisation grise très nette dans son lobe inférieur, une hépatisation un peu moins avancée dans le lobe

moyen; un fragment de ce tissu tombe immédiatement au fond de l'eau. A droite, hypostase seulement à la partie inférieure, pas de tubercules.

Le cœur a un aspect normal intérieurement; pas de lésions valvulaires, mais caillot cruorique remplissant le ventricule droit et même le ventricule gauche.

Pas de liquide dans le péritoine, mais on y trouve deux petits corps étrangers, de consistance fibro-cartilagineuse, de coloration blanchâtre, rappelant assez bien les artrophytes des articulations; de petits noyaux absolument semblables, mais encore adhérents au grand épiploon, démontrent suffisamment que nous avons affaire à une production épiploïque, dont la nature fibro-cartilagineuse s'explique du reste fort bien par l'existence des cellules de cartilage que M. Ranvier a signalée dans cette membrane.

L'estomac, l'intestin, les reins, la rate, les testicules n'offrent rien à considérer; notons cependant la vacuité complète de l'estomac.

Le foie est fortement congestionné, mais ne présente ni dégénérescence graisseuse, ni trace de cirrhose.

En somme, nous sommes en face d'une mort subite dans le cours d'une pneumonie chez un adulte: fait d'autant plus remarquable que suivant toutes les probabilités, cet individu continuait de marcher malgré sa pneumonie, puisqu'il a été ramassé sur la voie publique. Rien dans l'état des organes qui permette d'affirmer l'alcoolisme comme ayant pu contribuer au dénouement de cette pneumonie. Tout au plus, pourrait-on invoquer l'état d'émaciation si prononcé, la vacuité de l'estomac, pour expliquer cette marche anormale de la maladie. Mais, d'un autre côté, cet individu ne devait pas être si affaibli, puisqu'il avait encore pu se lever et marcher.

OBSERVATION VII

Prise dans Brouardel (La mort et la mort subite. Paris, 1895).

Mort subite. Pneumonie.

Autopsie faite à la Morgue d'un inconnu n° 210, trouvé mort le 9 avril 1878 au matin sur la voie publique à Thiais (Seine). Commissariat de Choisy-le-Roi.

Le corps paraît être celui d'un homme de 55 à 60 ans : les cheveux et la barbe sont blancs, mais les poils du pubis sont châains.

Pas de gonflement des membres inférieurs.

Sur le ventre trace d'une douzaine de ventouses scariées.

Le ventre est rétracté.

Le testicule droit est atrophié.

Pas de traces de violence.

Thorax : quelques adhérences des plèvres à droite.

Le cœur est un peu déplacé, plus transversal qu'à l'ordinaire, il est gros, contient des caillots assez volumineux.

L'artère pulmonaire contient un caillot agonique volumineux, mais qui se termine en pointe bifurquée ; ce n'est pas un caillot d'embolie.

L'aorte contient également un caillot fibrineux également assez long. Pas d'insuffisance des valvules aortiques ; un peu d'athérome de la crosse de l'aorte. Valvule mitrale normale.

Poumon droit va au fond de l'eau. Pneumonie du sommet. Ce poumon avait déjà des adhérences anciennes. La pneumonie s'étend à presque tout le poumon.

Rien dans la trachée.

Ganglions énormes avec anthracosis.

Abdomen : Estomac très petit et absolument vide, rétracté.

Vessie : vide.

Foie : sain, un peu granuleux. Pas de calculs dans la vésicule.

Reins : sains, facilement décortiquables. La substance graisseuse est peut-être un peu considérable.

Rate : nombreuses adhérences avec les parties voisines.

Crâne : pas de fracture.

Cerveau : normal.

Conclusion : La mort est due à la pneumonie.

OBSERVATION VIII

Prise dans Brouardel (La mort et la mort subite. Paris, 1895).

Mort subite. Pneumonie. Présence d'un tampon dans la bouche.

Je soussigné, Paul Brouardel, commis par M. Thibierge, substitut, en vertu d'une ordonnance en date du 20 avril 1887, etc.....

Le cadavre est celui d'une femme petite et maigre, paraissant âgée de 65 ans environ. La putréfaction n'est pas commencée et la rigidité cadavérique n'a pas encore complètement disparu. On ne constate aucune trace de violence sur les différentes parties du corps. La voute palatine de forme ogivale est en partie détruite. Cette destruction qui commence à 3 centimètres en avant des dents, affecte la forme d'un triangle isocèle, dont le sommet dirigé en avant, se trouverait un peu à gauche de la ligne médiane et dont la base siègerait sur le voile du palais. Ce triangle mesure 4 centimètres de hauteur et la base est de 3 centimètres; les bords sont formés par les os palatins qui sont assez régulièrement détruits. Par cette ouverture, on aperçoit les cornets et la partie supérieure du pharynx qui est couverte de mucosités et de granulations. La paroi postérieure du voile du palais est un peu abaissée, mais elle existe très nettement avec la luette et les piliers. Le tampon qui nous a été présenté et qui servait à

cette femme pour obturer cet orifice est constitué par un morceau de linge pesant 7 grammes, mesurant 7 centimètres dans son plus grand diamètre et 5 centimètres dans son plus petit.

Il n'y a pas d'épanchement sanguin sur le cuir chevelu. Les os du crâne ne sont pas fracturés. Le cerveau n'est pas congestionné, les méninges s'enlèvent facilement. On ne constate aucune lésion, ni tumeur du cerveau, du bulbe ou du cervelet.

L'œsophage est sain.

La trachée contient du muco-pus en assez grande quantité.

Les cavités pleurales ne contiennent pas de liquide; il y a quelques adhérences, mais il n'y a pas d'ecchymoses sous-pleurales.

La base du poumon gauche est le siège d'une pneumonie; à ce niveau, le parenchyme pulmonaire est dur et les fragments de poumon vont au fond d'un vase plein d'eau.

A la coupe des poumons, on constate que les grosses bronches sont remplies de muco-pus.

Le péricarde est vide. Il n'y a pas d'ecchymose sous-péricardique. Le ventricule gauche contient un caillot mou, le ventricule droit renferme un caillot fibrineux. Il existe un peu de rétrécissement de la valvule mitrale.

Le foie est petit et un peu gras. La vésicule biliaire ne contient pas de calculs hépatiques.

L'estomac renferme un peu de mucosités.

La rate est saine et n'est pas diffluente.

Les reins se décortiquent facilement, la substance corticale est un peu atrophiée.

Les intestins sont sains et ne sont pas congestionnés.

L'utérus est petit et en rétroversion.

La vessie est vide et sa muqueuse en est saine.

Conclusion. — La mort de la femme S... est le résultat d'une pneumonie de la base du poumon gauche, survenue

chez une personne atteinte d'emphysème et de bronchite chronique.

Il est probable que le tampon qui obturait la destruction de la voute palatine s'est déplacé quand, sous l'influence de la fièvre, la femme S... a perdu la notion exacte des faits qui se passaient, que ce tampon déplacé a gêné les actes de la respiration et a entraîné ensuite une asphyxie assez rapide. Toutefois, l'affection pulmonaire pouvait seule également déterminer la mort. On ne constate aucune trace de violences sur les différentes parties du corps de cette femme.

OBSERVATION IX

Personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr Caussade. Salle Marjolin, n° 31, Saint-Antoine.

S... L., 46 ans, commis-voyageur, est examiné le 9 avril 1898. Il est entré la veille dans le service pour un point de côté à droite. La douleur est survenue brusquement cinq jours avant, c'est-à-dire le 3 avril ; elle fut accompagnée d'un frisson intense n'ayant pas duré plus d'un quart d'heure. Ce frisson fut suivi d'un léger état fébrile.

Il fut d'abord soigné chez lui, mais, sa gêne respiratoire et sa fièvre ne diminuant pas, il entra à l'hôpital.

La dyspnée est très vive, l'obligeant à se tenir assis sur son lit, s'accompagnant à chaque inspiration d'une douleur dans le côté droit. Celle-ci n'est d'ailleurs pas continue. Le malade tousse peu, mais son expectoration est abondante, mousseuse, aérée, remplissant en une demi-journée la moitié d'un crachoir ; elle est de coloration brune, non adhérente, non visqueuse. Sauf la couleur, elle ressemble plus à une expectoration bronchitique que pneumonique.

La température est de 38°4. La langue est sèche. Pas d'appétit. Selles normales, pas de vomissements. Peau légèrement moite.

Le pouls qui marque 110° est fort et plein. Il y a augmenta-

tion de la tension artérielle, perceptible aux temporales qui sont sinueuses et saillantes, sans athérome.

Le malade est agité, il a de l'insomnie avec délire ; ses réponses brèves avec légère trémulation des lèvres et de la langue, ne laissent aucun doute sur ses habitudes d'alcoolisme.

Examen physique. — Poumon : Léger effacement des espaces intercostaux, ampliation thoracique à droite.

Percussion. — Matité dans les 3/4 inférieurs du poumon droit.

Palpation. — Vibrations thoraciques, conservées, peut-être légèrement diminuées dans toute cette région.

Auscultation. — Souffle assez dur, entendu aux deux temps à la partie tout inférieure du poumon droit.

Au-dessus, jusque dans la fosse sus-épineuse, souffles et râles crépitants, mélangés à des sous-crépitations.

Il y a de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone.

Tous ces signes sont perçus à droite. Rien à gauche.

Cœur : Rien au cœur.

Foie : Le foie est gros, il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt ; cette hypertrophie est perceptible à la percussion et à la palpation qui est légèrement douloureuse.

Rate : La rate est normale.

Urines : Les urines sont rares (1/2 litre) non albumineuses. Elles contiennent un peu d'urobiline (spectroscope).

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de vieillesse.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Offre des antécédents alcooliques non douteux. Buvait plusieurs absinthes par jour et d'autres apéritifs.

Diagnostic. — Pneumonie du lobe inférieur droit (peut-être des deux lobes moyen et inférieur) à forme congestive, évoluant sur un terrain prédisposé, s'accompagnant d'un léger épanchement en lame à la partie inférieure ou d'un léger exsudat fibrineux pleural.

Pronostic. — Sérieux.

Traitement. — Todd. Révulsion : Ventouses scarifiées.

10 avril. — Mêmes signes fonctionnels et même état général.

Le souffle plus net, prend un caractère nettement tubaire les signes d'épanchement ont disparu presque complètement.

Le pronostic n'en est pas moins sérieux et, en présence d'une température assez élevée (39,4), de l'état d'excitation du malade, on prescrit les enveloppements mouillés toutes les 3 heures.

13 avril. — Le malade a suivi le même traitement qui semble moins influencer sa température que sur son état général. Il le supporte mieux, se sent moins oppressé dans l'intervalle de chaque enveloppement et a pu dormir. La température oscille entre 39 et 40°.

14 avril. — Chute brusque de la température (37°) sans qu'aucun des signes physiques soit modifié et que les signes fonctionnels sauf la dyspnée ait diminué. Pas de phénomènes critiques.

Le soir du même jour, la température remonte à 39°. Le pouls est à 120°. Râles crépitants à droite, nombreux. Légers, crépitants à gauche. Rien au cœur.

15 avril. — Chute nouvelle de la température au-dessous de 37° (température rectale). Cette chute est accompagnée de sueurs profuses et d'une crise urinaire de 2 litres 1/2. Les urines sont limpides et sans albumine. Le malade se sent mieux, il demande à manger.

16, 17 avril. — Il paraît entrer en convalescence, mange un degré, puis deux avec appétit, ne sent plus d'oppression, dort parfaitement. Son expectoration est peu modifiée.

Le souffle persiste, mais les râles de retour sont très nets.

18 avril. — Ascension de la température matutinale légère (38°). Elle atteint le soir 38°9, mais, à part ce mouvement fébrile, la convalescence semble devoir suivre son cours. Le malade n'a pas d'oppression, demande à se lever.

Outre les signes stéthoscopiques de la veille, on perçoit

dans la fosse sus-épineuse un léger souffle et des râles crépitants, avec pectori loquie aphone et bronchophonie.

Diagnostic. — Pneumonie du sommet succédant à une pneumonie en voie de guérison des 2 lobes inférieurs.

Traitement. — Révulsifs. Stimulants. Enveloppements au drap mouillé continués jusqu'au 20 avril.

20 avril. Le malade, malgré la persistance de ses signes physiques, ne se plaint d'aucune souffrance, se trouve bien et demande même à se lever et à manger.

Cœur normal. Urines abondantes et sans albumine. Pouls à 90. Température 37,6. On met le malade au 2° degré.

23 avril. Dans l'intervalle du 20 au 23, aucun symptôme grave, température revenue à la normale, sans ascension notable.

Le soir du 23, la température atteint 38,6.

Rien au cœur, pouls peu fréquent et plein.

Poumon droit soufflant au sommet, mais ni dyspnée, ni toux.

Quelques heures après la contre-visite, le malade se lève pour aller aux cabinets, et, en revenant, meurt subitement.

25 avril. *Autopsie.* — Péricarde sain.

Plèvre gauche, lisse, sans adhérence. Plèvre droite, normale en haut, quelques adhérences récentes à la partie inférieure, exsudations et fausses membranes fibrineuses.

Le poumon gauche est légèrement congestionné à la base. Flotte sur l'eau. Toutes les autres parties sont saines.

Le poumon droit offre dans ses deux lobes inférieurs les lésions de pneumonie en voie de résolution. Son aspect est granité, rosé, de consistance moins dure que dans l'hépatisation rouge, quoique non revenu à l'état normal. Les morceaux découpés dans ces deux lobes se maintiennent entre deux eaux.

Au sommet du poumon droit, pneumonie lobaire du lobe supérieur en voie d'hépatisation grise. Pas augmenté de volume, il est simplement dur, friable à la coupe, avec des ilots

gris cendré sur fond rouge sombre. L'exsudat est jaunâtre visqueux.

Cœur normal. Pas de dilatation des ventricules, rien aux valvules. Les piliers sont d'apparence et de coloration normale à la coupe. Pas de coronarites. Les coronaires sont très perméables.

Le foie est gros. Poids 2.150. Garde l'empreinte du doigt. Foie gras décoloré. A la coupe, il laisse suinter des gouttes grasses qui enduisent le scalpel.

Rate : normale.

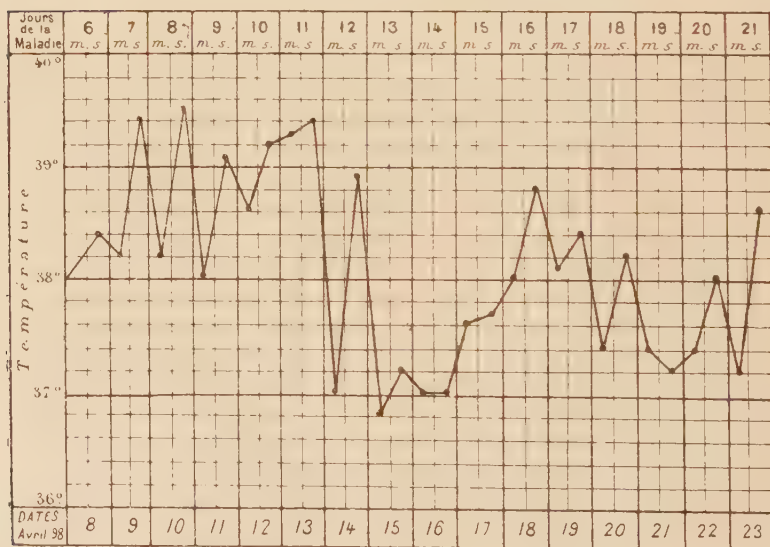
Reins : de volume normal. Décortication facile. Délimitation nette des deux substances, pas de kystes.

Rien au péritoine.

Intestin : sain.

Rien aux méninges et au cerveau. Pas de trace d'hémorragie cérébrale et bulbaire.

GRAPHIQUE



Courbe thermique du n° 31 de la salle Marjolin

Discussion de l'observation précédente. — S. L. est mort d'une pneumonie du sommet du poumon droit, en voie d'hépatisation grise. La mort semble être bien due au poumon et à lui seul. Il n'y a pas de coronarite. Les coronaires sont saines, sont très perméables. Le cœur n'est pas atteint de myocardite ; il n'y a aucune trace de sclérose. D'ailleurs, nous ferons remarquer, en passant, que la mort subite par myocardite doit être très rare, elle n'est pas signalée dans l'ouvrage de M. le professeur Brouardel. Nous concluons de cette observation que, de même que dans les morts subites, dans la fièvre typhoïde, la mort subite n'est pas due à l'altération du myocarde, de même cette dernière ne joue probablement aucun rôle dans la mort subite par pneumonie.

CONCLUSIONS

Nous pensons pouvoir tirer de ce travail les conclusions suivantes :

I. — La terminaison de la pneumonie est rarement soudaine. Cependant, la mort subite existe comme terminaison de cette affection.

II. — Elle s'est rencontrée surtout chez les vieillards et chez les aliénés. Mais on en trouve également des exemples chez des sujets jeunes et chez des adultes.

III. — La pneumonie latente comme la pneumonie à évolution ordinaire peuvent se terminer par la mort subite.

IV. — C'est à une période avancée de la maladie que la mort subite arrive. Elle correspond à la période d'hépatisation grise.

V. — Toujours la lésion prédominante est la lésion pulmonaire. Il y a intégrité presque absolue des autres organes.

VI. — On ne peut incriminer en rien les pneumonies du sommet, de la base ou de la partie moyenne, ni la bilatéralité, ni les localisations à droite ou à gauche, ni la grosseur. En général, on a affaire à une pneumonie qui semble bénigne.

VII. — Dans toutes nos observations, l'effort semble avoir joué un rôle important dans la production de la mort subite.

VIII. — Nous ne pouvons expliquer le mécanisme de la mort subite, mais ce que nous tenons à dire, à ré-

péter, c'est qu'elle n'est pas due à une myocardite, notre observation le prouve, tant par l'anatomie pathologique que par la clinique. D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, en discutant notre observation personnelle, la mort subite par myocardite est rare, si toutefois elle existe. M. le professeur Brouardel ne la signale pas comme cause de mort subite dans les maladies de l'appareil circulatoire. La mort subite n'est pas due non plus à une coronarite : dans notre observation, les artères coronaires étaient saines et parfaitement perméables.

IX. — Comme prophylaxie, exiger du malade un repos absolu et prolongé dans le cas où on craindrait la redoutable éventualité.

Vu : le Doyen de la Faculté,
P. BROUARDEL.

Vu : le Président,
HUTINEL

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARAN. — Des morts subites. Thèse d'agrégation. Paris, 1853.

BARTH. — Article *Pneumonie*. Dictionnaire de Dechambre.

BEAU. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards.

BROUARDEL. — La mort et la mort subite. Paris, 1895.

CHARCOT. — Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. Recueillies et publiées par B. Ball et Ch. Bouchard. Paris, 1866, 67.

CRÉTIN. — Des maladies qui peuvent occasionner la mort subite. Thèse de Paris, 1845.

DEVERGIE. — De la mort subite, de ses causes, de sa fréquence suivant l'âge et les saisons. Paris, 1838.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie.

GRISOLLES. — Traité de la pneumonie. Paris, 1864.

HOURLMANN ET DECHAMBRE. — Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies de vieillards faites à la Salpêtrière. Paris, 1836.

MOUTARD MARTIN. — *Pneumonie des vieillards*. Revue médicale (Février 1844).

OLLIVIER D'ANGERS. — Considérations médico-légales sur la mort subite, 1838.

VERNET. — Des causes de la mort subite. Thèse de Paris, 1873.

